

Fragebogen

Liebe Kundin, lieber Kunde,
damit wir ein möglichst umfassendes Bild von Ihrem visuellen Problem bekommen,
brauchen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen
möglichst vollständig. Markieren Sie zutreffende Antworten oder kreuzen Sie
entsprechende Ziffern an. Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Sprechen Sie uns an!

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Tel. Nr.

.....
Email

.....
Beruf

.....
Familienstand

GRUND DES BESUCHS

- Plötzliche Sehverschlechterung Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen Sonstiges

Empfehlung/Überweisung durch:

VORGESCHICHTE / AUGEN

Waren Sie bereits beim Augenarzt? Ja Nein Wann zuletzt?

Behandelnder Arzt Mit welchem Ergebnis?

Tragen Sie eine Brille oder/und Kontaktlinsen? Ja Nein seit

Wurden Sie früher in Ihrer Kindheit schon einmal in einer Sehschule behandelt? Ja Nein von bis

Wurde schon einmal das rechte / linke Auge abgeklebt? Ja Nein von bis

Hatten Sie einmal Verletzungen oder Operationen an den Augen Ja Nein wegen Jahr
 rechtes Auge linkes Auge

Hat jemand in Ihrer Familie visuelle Probleme? Ja Nein Wer?
Welche?

HABEN SIE, ODER JEMAND ANDERES VIELLEICHT, SCHON FOLGENDES BEOBACHTET?

1 Ja 2 Nein 3 manchmal 4 weiß nicht

Augen

... schauen bei Müdigkeit nicht immer geradeaus

1 2 3 4

Ein Auge dreht weg > rechtes linkes Auge nach innen nach außen nach oben nach unten

Ich...

kneife die Augen zu, um besser sehen zu können				
schließe ein Auge oder versuche, es zu verdecken (Kappe, Haare, Hand)				
Mir scheint, dass ich in die Ferne / in der Nähe nicht so gut sehe				
Mir scheint, dass ich mit dem rechten / linken Auge nicht so gut sehe				
reibe mir öfter die Augen,				
rolle oder verdrehe die Augen				
blinze auffällig oft				
habe häufig gerötete Augen				
habe oft trockene, brennende oder juckende Augen				
bekomme leicht tränende / wässrige Augen				
bin relativ lichtempfindlich				

In welcher Hinsicht scheinen Sie ein visuelles Problem zu haben?

Arbeit

Ich...

sehe an der Tafel / am Whiteboard / im Kino / in der Ferne schlecht / verschwommen				
habe Schwierigkeiten schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)				
sehe Buchstaben zeitweise doppelt				
sehe in der Ferne zeitweise doppelt				
habe Probleme mit verschwimmender Schrift, tanzenden Buchstaben, unruhiger Schrift				
beginne versetzt zu schreiben				
kann nicht gerade schreiben (schreibe schräg nach oben oder unten)				
kann nicht korrekt auf der Linie schreiben (schreibe über oder unter der Linie)				
platziere Zeichnungen nicht gut auf einem Blatt				
habe eine unregelmäßige Handschrift				
verwechsle Buchstaben wie d und b, p und q				
kann nicht ruhig sitzen, bin eher „zappelig“				
habe keine Freude an langwierigen Arbeiten				
verstehe Dinge besser, wenn ich sie anfasse				
bin nicht gut im lauten Vorlesen				

HABEN SIE, ODER JEMAND ANDERES VIELLEICHT, SCHON FOLGENDES BEOBACHTET?

- 1 Ja
 2 Nein
 3 manchmal
 4 weiß nicht

Lesen / Basteln / Naharbeit

Ich...	1	2	3	4
halte wenig Abstand beim Lesen / Schreiben, etc.				
drehe den Kopf, das Buch / Blatt beim Lesen / Schreiben schräg				
verliere beim Lesen leicht die Zeile / lasse ganze Zeilen aus				
benutze beim Lesen gern ein Lineal / Finger o.ä.				
fange ein längeres Wort richtig an, „lese“ aber falsch weiter (Ratelesen)				
kann mir schlecht merken / vorstellen, was ich gerade gelesen habe				
muss laut lesen oder Lippen bewegen, um den Text zu verstehen				
lasse Buchstaben oder Ziffern aus				
mache beim Lesen Grimassen / verziehe das Gesicht				
bemerke, dass mich das Lesen sehr anstrengt				
lese nicht gern freiwillig, am ehesten noch „Comics“				
bin ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadeln, usw.)				
habe Probleme beim Basteln mit Papier				
beschäftige mich lieber im Raum als im Freien				

Sonstiges:

Koordination / Bewegung / Motorik / Sport / Freizeit

Ich bin > RechtshänderIn LinkshänderIn BeidhänderIn umtrainiert worden

Ich...	1	2	3	4
bin unsicher, ängstlich beim Ball fangen				
spiele ungern Ballsport, z.B. Volleyball, Handball, Federball, Fußball, usw.				
treffe / fange Bälle nicht richtig, schlag daneben – zu früh, zu spät				
bin ängstlich bei Höhenunterschieden				
kann Entfernungen schlecht schätzen				
habe Orientierungsprobleme, verlaufe / verfare mich öfter				
laufe auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)				
gehe Treppen unsicher, nicht alternierend, sondern Stufe für Stufe				
verwechsle häufig rechts und links				
habe allgemein eine schlechte motorische Koordination				
kann die Körper-Balance schlecht halten				
schaukle nicht gerne				
fahre ungern Karussell / Schiffschaukel o.ä.				
ziehe mich gerne zurück, spiele / beschäftige mich lieber alleine				
ziele beim Eingießen nicht mittig, lege evt. noch die Flasche auf ecke öfter an oder stolpere häufig, werfe leicht etwas um				
bekomme leicht Übelkeit beim Autofahren / Busfahren				

Ich beschäftige mich/ arbeite mit dem Smartphone / Tablet / der Spielekonsole?

Ja Nein Wie oft (pro Tag/Woche)?

Wie lange jeweils?

Sonstiges:

Verhalten / Allgemein / Konzentration

Ich...	1	2	3	4
mag keine Veränderungen in meinem Umfeld				
bin allgemein ungeschickt / tollpatschig				
suche häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt				
räume ungern auf				
muss alles anfassen, um es erklären zu können				
habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl				
habe Einschlafprobleme				
schlafe zwar normal ein, wache aber nach kurzer Zeit wieder auf				
lese gerne im Bett				
kann mich schwer ausdauernd konzentrieren (auch beim Zuhören)				
ermüde rasch				
fange ständig neue Dinge an, beende sie jedoch nicht				

Entwicklung / Gesundheit / Therapien

Traten während Ihrer Schwangerschaft Komplikationen auf? (z.B. Frühgeburt) Ja Nein

Welcher Art?

Gab es eine normale Geburt (Spontangeburt)? Ja Nein, sondern

Weshalb?

pH-Wert der Nabelschnurarterie (falls vorhanden, siehe U-Heft):

Sind Sie als Kind gekrabbelt? Ja Nein ab bis

Hatten Sie Kinderkrankheiten? Ja Nein

Haben Sie chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten / Allergien? Ja Nein

Haben Sie Vorerkrankungen / Epilepsie? Ja Nein

Hatten Sie Operationen? Ja Nein Weshalb?

Hatten Sie schon mal einen Unfall? Ja Nein Wann?

Welcher Art?

Sind Sie derzeit in ärztlicher / alternativmedizinischer Behandlung? Ja Nein

Hat jemand in Ihrer Familie visuelle Probleme? Ja Nein Weshalb?

Nehmen Sie derzeit Medikamente? (z.B. Schmerzmittel, Blutdruckmittel, etc.) Ja Nein Welche?

Nehmen Sie derzeit homöopathische Medikamente? Ja Nein Welche?

Weshalb?

Wann haben Sie die letzte Impfung bekommen? Welche?

Gab es anschließend Reaktionen? Ja Nein Welche?

Haben Sie Hörprobleme? Ja Nein Welche?

Bekommen / Bekamen Sie irgendwelche Therapien? Ja Nein

Logopädie Ergotherapie Physiotherapie Psychotherapie Sonstige

Schildern Sie bitte kurz Ursache(n), Therapieziele und therapeutische Maßnahmen:

Therapeut*in? Dauer von bis

Ich gebe hiermit mein Einverständnis für die funktionaloptometrischen Untersuchungen und Messungen.

Datum Unterschrift

Vielen Dank!